CATA
3 Pond Rd.
Gloucester, MA
01930

DIAL-A-RIDE
&
Elegibilidade para trânsito ADA
Formulário de aplicação

CATA use only:
ID # ________
Date ________

---- POR FAVOR IMPRIMA ----

PARTE A

(Esta parte deve ser preenchida por todos os candidatos)

Primeiro nome ____ Inicial do nome do meio _______

Sobrenome ____

Endereço da Rua ____

Endereço para correspondência (se diferente)____Apt #__________

Cidade _________________________ Estado __________ CEP ________________

Telefone (dia)_________________________________(moite)_____________________________

Por favor, forneça-nos o nome e número de telefone de um amigo ou parente para quem possamos ligar caso não consigamos contatá-lo em seu número normal:

Nome____

Relacao____________________________________Telefone #______________________________

Você tem alguma deficiência ou problema de saúde que o impeça de usar às vezes os ônibus de rota fixa CATA?

☐ Não, estou me inscrevendo apenas com base na minha idade (60 anos ou mais). Anexe uma cópia da documentação da sua idade (RG). PARE AQUI. Você não precisa preencher as Partes B e C deste requerimento. Devolva este formulário ao CATA no endereço mostrado acima para se qualificar para o serviço Dial-A-Ride.

☐ Sim, estou me inscrevendo para "Elegibilidade de Paratransit ADA". Preencha as Partes B e C deste requerimento

Parte B

Esta parte só necessita de ser preenchida se tiver alguma deficiência ou problema de saúde que o impeça de utilizar, às vezes ou sempre, o serviço de autocarros de rota fixa do CATA. As pessoas que preencherem esta seção serão consideradas para "Elegibilidade para ADA Paratransit". Informações sobre deficiência ou condição de saúde serão mantidas estritamente confidenciais.

1. Qual a deficiência ou condição de saúde que o impede de utilizar os ônibus de rota fixa CATA? Descreva todas as deficiências ou condições de saúde que afetam sua viagem.

____
____
____

1. Como é que esta deficiência ou condição de saúde o impede de utilizar o serviço de rota fixa CATA? Por favor, explique completamente. Use folhas adicionais, se necessário.____
____
____
____

1. Você usa algum dos seguintes auxiliares de mobilidade? (marque todas as opções aplicáveis)

☐ Cadeira de rodas manual ☐ Cadeira de rodas elétrica ☐ Patinete motorizado

☐ Bengala ☐ andador ☐ Muletas ☐ Aparelho ortodôntico

☐ Animal de serviço
(descrever):____

☐ Outro
(descrever) :____

☐ Não, eu não uso nenhum auxílio de mobilidade

1. Você já precisou trazer outra pessoa para ajudá-lo durante uma viagem (um "assistente pessoal" ou "atendente pessoal")?

☐ Nao ☐ Sim, Sempre ☐ Sim, as vezes

1. <u>Sem a ajuda de outra pessoa você pode…</u>

   Solicitar e compreender instruções escritas ou faladas?

   ☐ Sempre ☐ As vezes ☐ Sempre ☐ Nao sei

Atravessar ruas em cruzamentos?

☐ Sempre ☐ As vezes ☐ Sempre ☐ Nao sei

Ficar em pé por 10 minutos se não houver lugar para sentar?

☐ Sempre ☐ As vezes ☐ Sempre ☐ Nao sei

Encontrar o caminho de volta ao ponto de ônibus se alguém lhe mostrar o caminho uma vez?

☐ Sempre ☐ As vezes ☐ Sempre ☐ Nao sei

Subir e descer três degraus se houver corrimão?

☐ Sempre ☐ As vezes ☐ Sempre ☐ Nao sei

Ficar em um ônibus em movimento segurando um corrimão?

☐ Sempre ☐ As vezes ☐ Sempre ☐ Nao sei

Transferência de um ônibus de rota fixa para outro?

☐ Sempre ☐ As vezes ☐ Sempre ☐ Nao sei

1. Nas melhores condições, qual é a distância máxima que você consegue caminhar (ou viajar usando seu auxílio de mobilidade) sem a ajuda de outra pessoa?

☐ Menos de 1 bloco ☐ 6 blocos
☐ 1 bloco ☐ mais de 6 blocos
☐ 2 quarteirões (1/4 milha) ☐ Não consigo viajar sozinho para fora de casa
☐ 4 quarteirões (1/2 milha)

Há mais alguma coisa que você queira contar sobre sua deficiência ou condição de saúde que possa nos ajudar a entender melhor suas habilidades e limitações de viagem?____
____
____
____

Assinatura

Entendo que o objetivo deste formulário é determinar se sou elegível para usar os Serviços ADA Paratransit. Certifico que as informações fornecidas nesta inscrição são verdadeiras e corretas. Entendo que a falsificação de informações pode resultar em uma revisão da minha elegibilidade e possível perda dos Serviços ADA Paratransit.

Concordo em notificar a Autoridade de Transporte de Cape Ann se não precisar mais usar os Serviços de Paratransit da ADA.

____**Data**_______________

(Assinatura do Requerente ou Responsável)

Se alguém ajudou a preencher esta inscrição, forneça as seguintes informações:

Nome____

Relacao com o aplicante____

Endereco____

Agencia____**Telefone**_______________

Autorização para Divulgação de Informações

Autorizo o profissional que preencheu a PARTE C deste requerimento a divulgar ao CATA informações sobre minha deficiência ou condição de saúde e seu efeito na minha capacidade de viajar no serviço de ônibus CATA. Entendo que posso revogar esta autorização a qualquer momento. A menos que seja revogado anteriormente, este formulário permitirá ao profissional que preencher a PARTE C divulgar as informações descritas em até 60 dias a partir da data abaixo. Entendo que todas as informações do Medicaid fornecidas sobre minha deficiência ou condição de saúde serão mantidas estritamente confidenciais.

____Data_________________

(Assinatura do Requerente ou Responsável)

QUANDO CONCLUÍDO, RETORNE PARA: CATA, 3 Pond Rd., Gloucester, MA 01930 Aos cuidados de: Assistente Administrativo

*** IR PARA A PARTE C ***

PARTE C

Esta parte do formulário deve ser preenchida por um profissional familiarizado com sua deficiência ou condição de saúde e suas habilidades funcionais.

Esta parte só precisa ser preenchida se você estiver solicitando “Elegibilidade de Paratransit ADA”.
1. Nome:____

2. Capacidade em que você conhece o
candidato:____

3. Quando o candidato foi tratado ou visto pela última vez por
você?____

4. Em média, com que frequência o candidato é atendido por você?____

5. O requerente foi diagnosticado com uma deficiência física, cognitiva, mental ou outra que o impediria de usar o serviço de ônibus CATA de rota fixa??

☐ Nao
☐ Sim
Diagnóstico e data de início:____

6. A deficiência do requerente é:

☐ Permanante ☐Temporário (até quando)____________________________________

7. As capacidades funcionais do requerente para viajar mudam devido a tratamentos médicos, condições ambientais (calor, umidade, frio, gelo e neve) ou outros fatores relacionados?

8. Comentários adicionais (prognóstico, habilidades funcionais, etc.):____
____

Nome e Cargo do Profissional:____

Licença, registro ou certificado #:____

Assinatura:____

Nome da empresa ou agência:____

Endereço:____

Telefone #:_______________________________________Fax:___________________________________

QUANDO CONCLUÍDO, RETORNE PARA: CATA, 3 Pond Rd., Gloucester, MA 01930 Aos cuidados de: Assistente Administrativo